

Lucyna Przewoźniak, Barbara Bik, Elżbieta Ryś,
Anna Ziemkiewicz, Katarzyna Czabanowska

Samoocena profesjonalnych kompetencji absolwentów kierunku: zdrowie publiczne. Wyniki drugiej części badań projektu Leonardo da Vinci

Wstęp

Nasze życie opanowuje już nowoczesna cywilizacja. Niesie ze sobą nowy styl życia rodzinnego, zmiany w pracy, w miłości i w życiu codziennym. Podczas przeobrażania się w inne społeczeństwo zmieniają się instytucje. Prognozowana jest zmiana i podział instytucji w aspekcie dwóch sektorów; w jednym wytwarzane są dobra na wymianę, w drugim – robimy różne rzeczy na użytek własny. Pierwszy sektor to sektor rynku lub produkcji, a drugi to sektor konsumpcji. Każdy narzuca swą własną etykę, hierarchię wartości oraz role zawodowe. Role dostarczają wzorca, w którym jednostka ma działać w konkretnej sytuacji. W społeczeństwie – podobnie jak w teatrze – role różnią się precyzją, z jaką wyznaczają dyrektywy dla aktorów. Każda rola w społeczeństwie niesie ze sobą pewną tożsamość, która jest nadawana, a następnie społecznie potwierdzana (i to dość regularnie).

Nowa cywilizacyjna zmiana, odzwierciedlająca się również w ogólnym modelu roli pracownika wskazuje, iż zakres obowiązków każdego pracownika poszerza się, a nie zawęża. Określony czas pracy przekształca się na własne tempo jej wykonywania i generalnie pracodawca odstępuje od masowej synchronizacji zachowań. Pracownikom przydziela się nowe zadania, a oni muszą też dostosowywać się do nich oraz do nieoczekiwanych i ciągłych przeszerzegowań i reorganizacji. Przeobrażające się społeczeństwo wymusza zatem w pierwszym rzędzie zmianę systemu oświaty, jego struktury i ideologii.

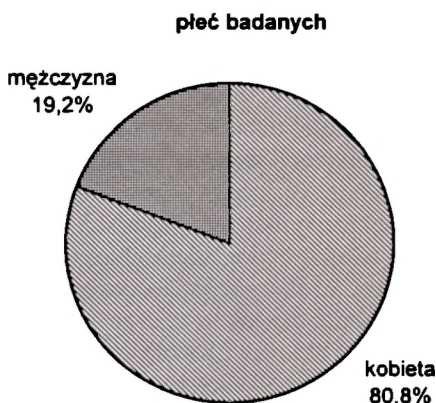
Jak więc przygotować studentów do nowych instytucjonalnych wymagań, szczególnie na nowych kierunkach będących realnymi zwiastunami zachodzącej

zmiany. Jak kształcić i kształtować postawy młodych ludzi, aby podejmowali pracę w sektorze prosumpcji, a także w instytucjach i w organizacjach koncentrujących się na potrzebach „coraz bardziej siwiejącego” społeczeństwa?

W prezentowanym artykule omówiono wyniki drugiego etapu badań pilotażowych projektu Leonardo da Vinci, które dotyczą samooceny studentów V roku i absolwentów nowego kierunku: zdrowie publiczne. W artykule omówione zostały preferencje badanych w zakresie wyboru instytucji, pozycji i roli zawodowej oraz subiektywnej oceny umiejętności/kompetencji, których kształcenie objęte jest zakresem studiów.

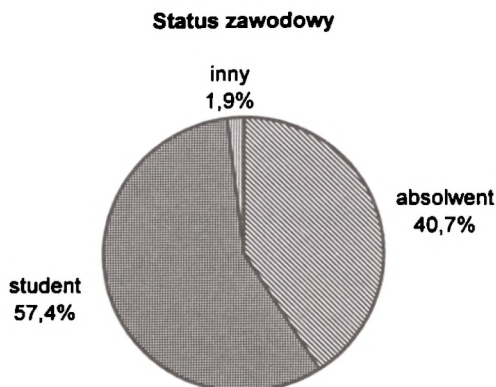
Charakterystyka badanej populacji

W badaniu udział wzięły 54 osoby – studenci piątego roku i niektórzy spośród pierwszego rocznika absolwentów kierunku: zdrowie publiczne. Zdecydowaną większość, bo 80,8%, stanowiły kobiety – 42 osoby, a 19,2% mężczyźni – 10 osób (rys. 1).



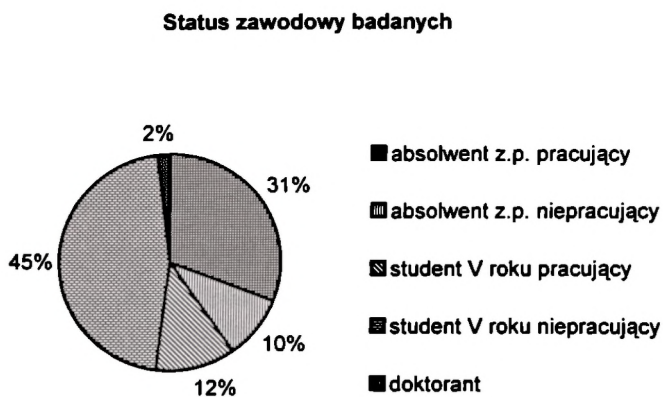
Rys. 1. Udział procentowy kobiet i mężczyzn w badanej populacji

W badanej populacji 57,4% (31 osób) stanowili studenci, a 40,7% absolwenci (22 osoby). Jedna osoba określiła swój status jako „inny” (rys. 2).



Rys. 2. Udział procentowy studentów i absolwentów w badanej zbiorowości

Wśród 52 respondentów najwięcej było niepracujących studentów – 46,2% (45 osób). Studenci pracujący stanowili 12% (6 osób). Absolwenci pracujący konstituowali niemal 31%, a niepracujący około 10% (rys. 3).



Rys. 3. Charakterystyka badanej zbiorowości według statusu zawodowego

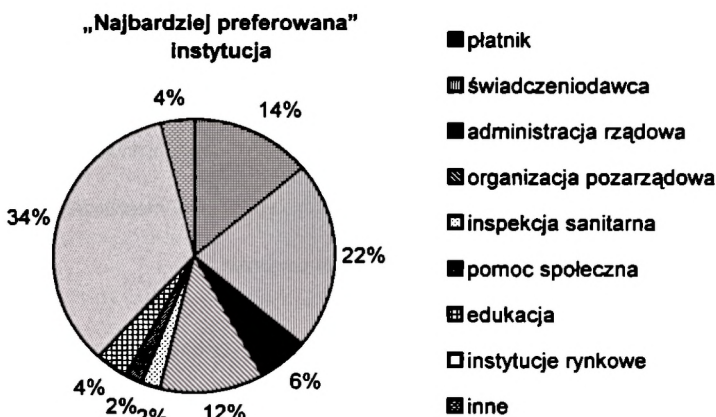
Preferencje wyboru instytucji jako miejsca pracy

Jednym z celów tego badania było ustalenie, w jakiej instytucji studenci i absolwenci kierunku: zdrowie publiczne najchętniej znaleźliby zatrudnienie.

W kwestionariuszu wymienionych zostało 9 typów instytucji, spośród których każda z badanych osób wskazywała 3 instytucje, określając przy każdej z wybranych: „najbardziej preferowana” lub „bardziej preferowana” lub „preferowana”. Lista obejmowała następujące instytucje:

- Płatnik – kasy chorych,
- Świadczeniodawca – szpital,
- Administracja rządowa,
- Administracja samorządowa,
- Organizacja pozarządowa,
- Inspekcja sanitarna,
- Pomoc społeczna,
- Edukacja (kuratorium oświaty),
- Instytucje rynkowe (przemysł farmaceutyczny, firmy ubezpieczeniowe),
- Inne.

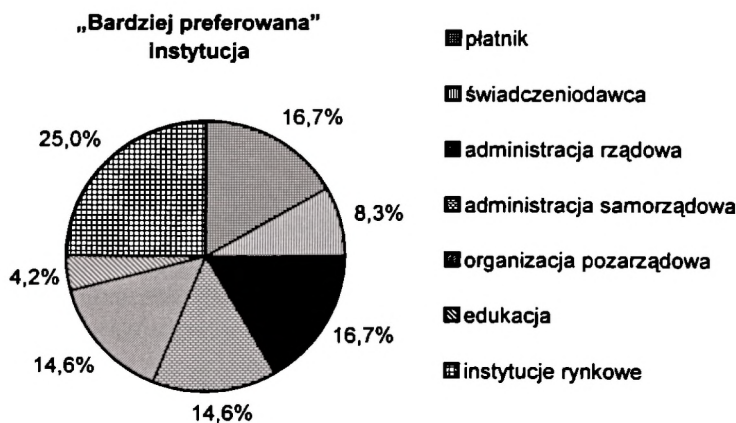
Spośród wymienionych instytucji w kategorii „najbardziej preferowana” najczęściej wybierane były „instytucje rynkowe” – 34% (17 spośród 50 osób). Kolejną instytucją był szpital – „świadczeniodawca”, którego wskazało 22% ankietowanych (11 spośród 50 osób) oraz „płatnik”, którego wybrało 14% (7 spośród 50 osób). Najmniej osób wskazało: inspekcje sanitarną i pomoc społeczną (po 1 osobie z 50 ankietowanych) (rys. 4).



Rys. 4. Rozkład procentowy wyborów respondentów dla kategorii „najbardziej preferowane” instytucje

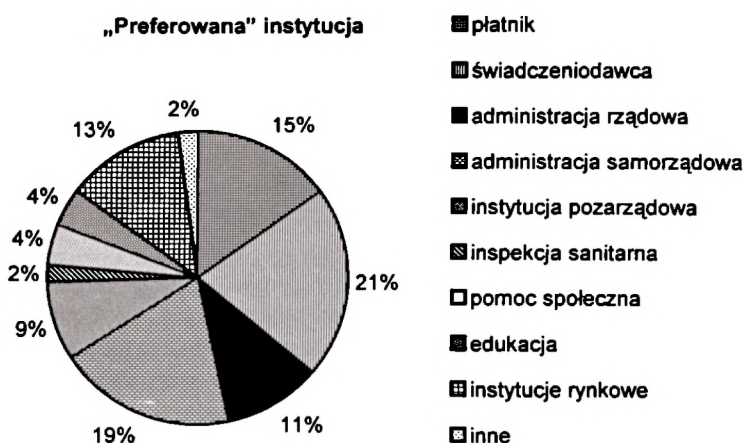
W kategorii bardziej preferowane do najczęściej wymienianych instytucji należały: instytucje rynkowe, które wybrało 25% (12 spośród 48 osób), płatnik,

administracja rządowa – po 16,7% (po 8 osób z 48) oraz administracja samorządowa i organizacja pozarządowa – po 14,6% (po 7 z 48 osób). Najmniej osób wskazało świadczeniodawcę – 8,3% (4 osoby spośród 48) oraz instytucję edukacji – 4,2% (2 osoby spośród 48) (rys. 5).



Rys. 5. Rozkład procentowy wyborów respondentów dla kategorii „bardziej preferowane” instytucje

Instytucjami, które wybierano jako „preferowane”, były: świadczeniodawcy – 21,3 % (10 spośród 47 ankietowanych), administracja samorządowa oraz płatnik (odpowiednio 19,1% i 14,9%) (rys. 6).



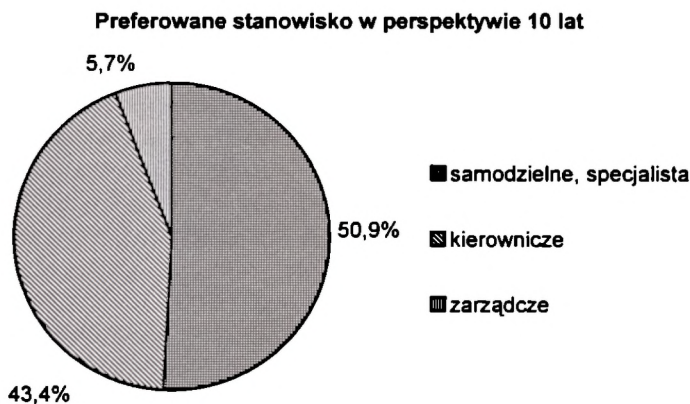
Rys. 6. Rozkład wyborów respondentów dla kategorii „preferowane” instytucje

Oczekiwane stanowiska w opiniach badanych studentów i absolwentów kierunku: zdrowie publiczne

W kolejnym pytaniu kwestionariusza proszono badane osoby o wskazanie stanowiska, które chcieliby osiągnąć w perspektywie dziesięciu lat od momentu ukończenia studiów na kierunku zdrowie publiczne. Lista stanowisk obejmowała:

- stanowisko niesamodzielne,
- stanowisko samodzielne, specjalista,
- stanowisko kierownicze,
- stanowisko zarządcze, dyrektor.

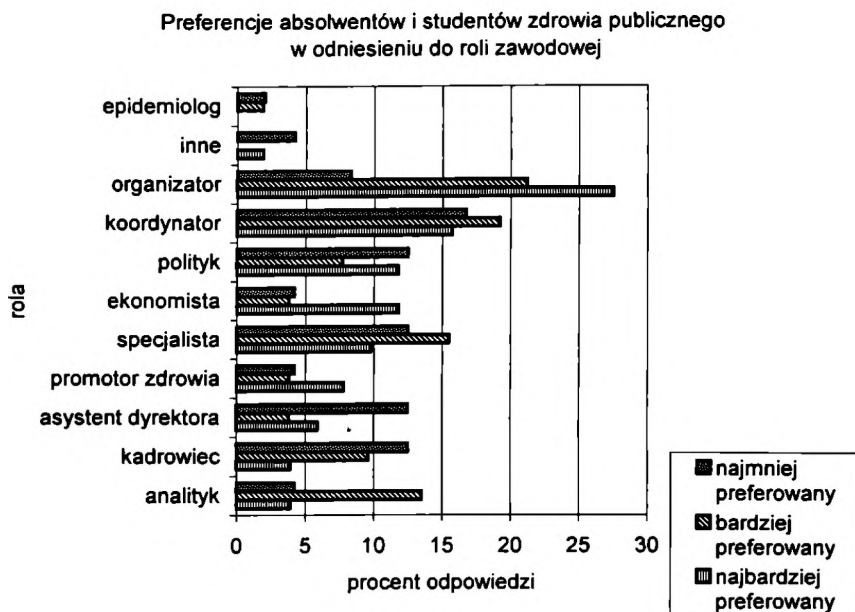
Ponad połowa z 53 ankietowanych osób pragnęłaby pracować jako specjalista na samodzielnym stanowisku (27 z 53 osób). Nieco mniej, bo 43,4% (23 z 53 osób) chciałoby osiągnąć stanowisko kierownicze, a tylko niewiele ponad 5% (3 z 53 osób) – stanowisko dyrektora. Żadna z badanych osób nie chciałaby w perspektywie dziesięciu lat od ukończenia studiów pracować na stanowisku niesamodzielnym (rys. 7).



Rys. 7. Rozkład procentowy odpowiedzi określających preferowane stanowiska w perspektywie 10 lat od ukończenia studiów

Kolejne pytanie ankiety dotyczyło wyboru preferowanego zawodu. Spośród 10 wymienionych w ankiecie zawodów (promotor zdrowia, epidemiolog, analityk potrzeb zdrowotnych, ekonomista, polityk zdrowotny, organizator, koordynator, specjalista do spraw marketingu, kadrowiec, asystent dyrektora, referent w administracji organizacji) jako „preferowane” najczęściej wybierano zawody: organizatora usług zdrowotnych – 53,7% i koordynatora – 48,1%. Najrzadziej wybierano zawody referenta – 5,6% i epidemiologa – 3,7%. Blisko 28% grupy ankietowanych jako „najbardziej preferowany” wybrało zawód organizatora

usług medycznych. Nieco mniej licznie wskazywanymi w kategorii „najbardziej preferowany zawód” były: koordynator – niemal 16%, polityk i ekonomista – po 12% grupy badanych osób. Studenci i absolwenci najmniej zainteresowani byli stanowiskami dwóch ról zawodowych: analityka i kadrowca – po 4% grupy badanych osób (rys. 8).



Rys. 8. Preferencje dotyczące wyboru roli zawodowej przez badanych absolwentów i studentów zdrowia publicznego

Kwestionariusz, który przedstawiono studentom i absolwentom, zawierał podobną listę kompetencji, które przedstawiono pracodawcom. Pierwszym zadaniem ankietowanych było określenie stopnia posiadania przez siebie każdej w wymienionych kompetencji. Drugim – było określenie, w jakim stopniu każda z kompetencji została nabyta lub rozwinięta podczas studiów.

Wyniki samooceny absolwentów i studentów objętych badaniem zostały zaprezentowane w tabelach odpowiadających trzem kategoriom kompetencji: kompetencje ogólne/podstawowe, kompetencje specyficzne dla zdrowia publicznego i kompetencje komunikacyjne/interpersonalne.

W każdej z tabel kompetencje zostały uszeregowane według wartości sumy dwóch ocen wyrażonych w odsetkach i przypisanych stwierdzeniom „zgadzam się” oraz „zdecydowanie zgadzam się” na skali mierzącej posiadanie kompetencji. Dane te znajdują się w kolumnie (A) każdej z tabel.

W drugiej kolumnie (B) przedstawiono sumę odsetków dwóch ocen dotyczących stopnia rozwinięcia poszczególnych kompetencji podczas studiów i wyra-

zających się stwierdzeniami: „silnie” i „bardzo silnie” na skali mierzącej kształtowanie kompetencji przez studia.

Kompetencje ogólne/podstawowe

Wśród 6 kompetencji ogólnych/podstawowych najwięcej osób stwierdziło, że posiada dwie kompetencje: *zaangażowanie w pracę zawodową* – 92,4% (nr 1, tab.1) i *odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje* – 92,4% (nr 2, tab. 1), natomiast najmniej osób – 62,3% uznało, że *umie pracować w warunkach stresujących* (nr 6, tab. 1).

Jak wskazują wyniki w kolumnie (B), wszystkie kompetencje ogólne w opinii badanych zostały rozwinięte podczas studiów stosunkowo słabo. Jest to wynikiem pewnej skłonności do wybierania centralnych stwierdzeń na skali – „średnio” i „silnie” (tab. 1).

Tabela 1

Rozkład odpowiedzi nt. kompetencji ogólne/podstawowe

Lp.	Wykaz kompetencji	A Posiadanie kompetencji % odpowiedzi	B Kształcenie przez studia % odpowiedzi
1	Zaangażowanie w pracę zawodową (1)	92,4	20,8
2	Odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje (2)	92,4	28,3
3	Wywiązywanie się z zadań bez nadzoru (5)	86,8	22,6
4	Dostosowywanie się do wymagań stanowiska pracy (3)	84,9	28,9
5	Dostosowywanie się do zmian: stanowiska, harmonogramu, w strukturze instytucji (6)	75,4	35,8
6	Wykonywanie obowiązków w stresujących warunkach (4)	62,3	30,2

Kompetencje behawioralne/interpersonalne

Analiza wyników samooceny dokonanej przez studentów i absolwentów tego zestawu wykazała, że kluczowa dla całej kategorii *umiejętność skutecznego komunikowania się* (nr 4, tab. 2) uzyskała jeden z najwyższych wyborów (84,9%). Podobnie wysokie wybory uzyskały również kompetencje: *nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji* – 94,3% (nr 1, tab. 2), *umiejętność współpracy w zespole* – 94,3% (nr 2, tab. 2) i *świadomość konsekwencji własnego postępowania* – 92,4% (nr 3, tab. 2) – pozostające w silnej relacji z kompetencją *umiejętność skutecznego komunikowania się* (kompetencja nr 4, tab. 2). Powszechność tych wyborów wydaje się uzasadniona tym, iż są one właściwie prostsze i łatwiejsze do kształtowania aniżeli pozostałe kompetencje

w tej kategorii (od 5–13, tab. 2), których rozwijanie – jako bardziej złożonych – wymaga nie tylko treningów w ramach programu studiów, lecz także pewnej praktyki w realnych sytuacjach, np.: stażu, wolontariatu, a przede wszystkim pracy zawodowej.

Szczególłą uwagę zwracają najniższe odsetki odpowiedzi studentów/absolwentów dotyczące posiadania *umiejętności współpracy międzysektorowej* – 30,2% (nr 12, tab. 2) i *umiejętności mobilizowania społeczności i organizacji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych* – 15,1% (nr 13, tab. 2). Kompetencje te należy uznać za jedne z najtrudniejszych do kształtowania, ponieważ łączą w sobie m.in. elementy: wiedzy, posiadania innych umiejętności oraz specyficznych cech związanych z zachowaniami i osobowością.

Tabela 2

Rozkład odpowiedzi nt. kompetencji behawioralne/interpersonalne

Lp.	Wykaz kompetencji	Posiadanie kompetencji	Kształcenie przez studia
1	Nawiązywanie kontaktów i podtrzymywanie relacji (15)	94,3	30,2
2	Umiejętność współpracy w zespole (17)	94,3	69,8
3	Świadomość konsekwencji własnego postępowania (21)	92,4	30,2
4	Umiejętność skutecznego komunikowania się (14)	84,9	45,3
5	Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem (18)	79,2	41,5
6	Radzenie sobie z konfliktem (20)	77,4	28,3
7	Umiejętność przekonywania (19)	69,8	37,8
8	Umiejętność negocjacji i mediacji (25)	69,8	56,6
9	Umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta (24)	60,4	39,7
10	Umiejętność wspierania inicjatyw innych osób, grup, instytucji (23)	52,9	24,6
11	Umiejętność oceny potrzeb klienta i wspierania go w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych (26)	52,8	32,0
12	Umiejętność współpracy międzysektorowej (16)	30,2	15,1
13	Umiejętność mobilizowania społeczności i organizacji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych (22)	15,1	15,1

Kompetencje specyficzne dla zdrowia publicznego. Na podstawie wyników można stwierdzić, iż w opinii badanych są oni dzięki studiom najlepiej przygotowani do rozumienia *bieżących problemów zdrowotnych i społecznych* – o czym świadczy 100% wyborów (nr 1, tab. 3) oraz wysoki odsetek odpowiedzi stwierdzających, iż kompetencja ta rozwinięta została podczas studiów.

Podobną tendencję – wyrażoną nieco niższymi wartościami – stwierdzono w odniesieniu do większości kompetencji specyficznych, tj. od nr 2–11 zamieszczonych w tabeli 3.

Z wynikami tymi kontrastują dane o posiadaniu kolejnych kompetencji (12–15, tab. 3) w relacji do odpowiedzi dotyczących ukształtowania ich przez stu-

dia. W opinii respondentów są one u nich stosunkowo słabo rozwinięte i słabo wykształcone przez studia.

- planowanie i zarządzanie projektem – 39,6% odpowiedzi,
- przekazywanie informacji z dziedziny zdrowia publicznego i edukowanie – 49,0% odpowiedzi,
- opracowanie strategii i wdrażania rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych – 35,8% odpowiedzi,
- współpraca z mediami i upowszechnianie idei zdrowia publicznego – 7,6% odpowiedzi.

Wyniki dotyczące jednej z tych kompetencji – *współpraca z mediami i upowszechnianie idei zdrowia publicznego* (17% odpowiedzi) – zwracają szczególną uwagę, ponieważ kompetencja ta uzyskała jedno z najniższych wyników z całej listy ocenianych kompetencji. W opinii studentów i absolwentów, program studiów kierunku: zdrowie publiczne przygotował ich do takiej działalności w niewielkim zakresie (tab. 3).

Tabela 3

Rozkład odpowiedzi nt. kompetencji specyficznych dla zdrowia publicznego

Lp.	Wykaz kompetencji	Posiadanie kompetencji	Kształcenie przez studia
1	Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych (27)	100	81,1
2	Zbieranie i wykorzystywanie informacji z różnych dziedzin zdrowia publicznego (10)	92,4	69,8
3	Wykorzystanie informacji pochodzących z badań naukowych do analizy problemów zdrowotnych i społecznych (11)	88,7	71,7
4	Pozyskiwanie i wykorzystanie danych epidemiologicznych (32)	88,7	77,3
5	Rozumienie wpływu polityki zdrowotnej na zdrowie obywateli (34)	88,6	73,6
6	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat ekonomicznych uwarunkowań zdrowia (30)	83,0	60,4
7	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat zachowań warunkujących zdrowie (31)	83,0	69,8
8	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat psychosocjalnych czynników warunkujących zdrowie (29)	77,4	52,8
9	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat środowiskowych fizycznych i biochemicznych czynników warunkujących zdrowie (33)	75,5	62,3
10	Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych (13)	69,8	58,5
11	Zastosowanie wiedzy uzyskanej podczas studiów do wymogów zajmowanego stanowiska (28)	66,0	51,0
12	Planowanie i zarządzanie projektem (7)	60,4	39,6
13	Przekazywanie informacji z dziedziny zdrowia publicznego i edukowanie (8)	47,2	49,0
14	Opracowanie strategii i wdrażania rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych (12)	45,3	35,8
15	Współpraca z mediami i upowszechnianie idei zdrowia publicznego (9)	17,0	7,6

W tabeli nr 4 przedstawiono wyniki samooceny 6 kompetencji dodatkowych, które w kwestionariuszu przeznaczonym dla studentów i absolwentów uzupełniały listę kompetencji specyficznych. Dwie pierwsze (nr 1 i nr 2 z tab. 4) dotyczą właściwie akademickich umiejętności i związane są ze świadomościowym wymiarem kompetencji. Zostały wymienione przez najwyższy odsetek osób jako „posiadane” (odpowiednio 100% i 90,5%) i jako „rozwinęte przez studia” (odpowiednio 92,4% i 71,1%).

Bibl. Jag.

Jeśli chodzi o kompetencje *potrafię zbudować konsensus* (nr 3, tab. 4) i *potrafię współpracować z klientami przy inicjatywach ze zdrowia publicznego* (nr 5, tab. 4), to chociaż silnie ze sobą korespondują oraz pozostają w związku z kompetencją *współpraca z mediami i upowszechnianie idei zdrowia publicznego* (nr 15, tab. 3) – to uzyskały wysoce różnorodne wyniki. Brak spójności w obu kategoriach wyników (*stopień posiadania* (A) oraz *stopień rozwinięcia przez studia* (B)) może sugerować, że studenci/absolwenci mieli trudności w identyfikacji źródeł tych kompetencji.

Porównanie wyników samooceny kompetencji *rozumiem wielodyscyplinarny charakter zdrowia publicznego* (nr 1, tab. 4) i *wiem, jak dotrzeć do informacji naukowych* (nr 2, tab. 4) do kompetencji *potrafię opracować rozwiązania z zakresu zdrowia publicznego* (nr 6, tab. 4), a także *opracowanie strategii i wdrażania rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych* (nr 14, tab. 3) wskazuje, że studenci i absolwenci, posiadając stosowną wiedzę, czują się kompetentni na poziomie konceptualizacji rozwiązań, natomiast znacznie niżej oceniają swoje umiejętności nieodzowne do wdrażania zaplanowanych rozwiązań.

Tabela 4

Rozkład odpowiedzi nt. dodatkowych kompetencji specyficznych dla zdrowia publicznego

Lp.	Lista kompetencji	Posiadanie kompetencji	Kształcenie przez studia
1	Rozumiem wielodyscyplinarny charakter zdrowia publicznego.	100	92,4
2	Wiem jak dotrzeć do informacji naukowych.	90,5	71,1
3	Potrafię zbudować konsensus.	83,1	54,8
4	Potrafię osiągnąć wytyczone cele.	84,9	47,1
5	Potrafię współpracować z klientami przy inicjatywach ze zdrowia publicznego.	51,0	35,9
6	Potrafię opracować rozwiązania z zakresu zdrowia publicznego.	49,1	41,5

Podsumowanie

Studenci i absolwenci kierunku: zdrowie publiczne, którzy uczestniczyli w projekcie Leonardo da Vinci, najchętniej podjęliby pracę zawodową w przemyśle farmaceutycznym lub w firmach ubezpieczeniowych. Instytucje, takie jak: szpital, płaćnik i administracja samorządowa, ulokowane zostały na

drugim miejscu. Z tymi wyborami koresponduje wybór roli zawodowej – w perspektywie 10 lat kariery badani pragnęliby osiągnąć status specjalisty. Tylko niewielu z badanych pragnie kariery menedżerskiej

Respondenci powszechnie stwierdzali posiadanie wysokiego poziomu kompetencji – we wszystkich trzech kategoriach. Jednak najwyższymi i wykształconymi przez studia okazały się kompetencje akademickie – niezbędne w roli studenta.

Relatywnie niskie wartości, które uzyskano w pytaniu dotyczącym udziału/znaczenia studiów w kształtowaniu wszystkich rodzajów umiejętności wynikały z powszechnej skłonności do tzw. centralnego wyboru. W przypadku tych badań oznacza to koncentrowanie się wyborów w dwóch środkowych kategoriach skali – „średnio” i „silnie”. Należy też pamiętać, że ze względu na brak doświadczenia zawodowego respondentów ich wybory miały raczej charakter deklaracyjny i wyobrażeniowy. Ilustracją tej tezy mogą być wyniki uzyskane w kategorii *kompetencji ogólnych/podstawowych*, gdzie kompetencja „zaangażowanie w pracę zawodową” otrzymała 92,4% odpowiedzi, podczas gdy pracujących respondentów było 42,3%. Uzyskane w kategorii kompetencji „ogólnych” wyniki świadczą o postawie studentów/absolwentów wobec pracy zawodowej, ich gotowości i motywacji do jej podjęcia.

W badanej populacji tylko nieliczne osoby przyznawały się do braku niektórych kompetencji, które najczęściej korespondują z doświadczeniem zawodowym. Należą do nich:

Kategoria kompetencji ogólnych:

- Wykonywanie obowiązków w stresujących warunkach (1,9% odpowiedzi).

Kategoria kompetencji behawioralnych/interpersonalnych:

- Umiejętność pracy w zespole (1,9% odpowiedzi),
- Świadomość konsekwencji własnego postępowania (1,9% odpowiedzi),
- Umiejętność oceny potrzeb klienta i wspierania go w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych (1,9% odpowiedzi).

Kategoria kompetencji specyficznych:

- Współpraca z mediami i upowszechnianie idei zdrowia publicznego (3,8% odpowiedzi),
- Zastosowanie wiedzy uzyskanej podczas studiów do wymogów zajmowanego stanowiska (1,9% odpowiedzi),
- Potrafię zbudować konsensus (1,9% odpowiedzi),
- Potrafię współpracować z klientami przy inicjatywach ze zdrowia publicznego (1,9% odpowiedzi).

W kontekście wyników badań warto zwrócić uwagę pracowników dydaktycznych na konieczność uświadamiania sobie i studentom celów kształcenia oraz zakładanych na poziomie wiedzy i umiejętności efektów. Stąd wynika kolejny generalny wniosek dotyczący doskonalenia programów w zakresie treści i metod kształcenia oraz ich planowej ewaluacji.

Wszystkie te działania podnoszą jakość edukacji oraz mogą sprzyjać poprawie zatrudnienia absolwentów kierunku: zdrowie publiczne.